

E.N.A.M. Ente Nazionale Assistenza Magistrale V.le Trastevere, 231-00153 Roma Sede Centrale	RICHIESTA DI SOGGIORNO CLIMATICO TERMALE	Numero di protocollo
	DATA DI PRESENTAZIONE	

**Quadro A/1**  
DATI DELL'ISCRITTO ( O DEL RICHIEDENTE)

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
comune di nascita prov. Stato estero gg mm anno

recapito: via, piazza e località \_\_\_\_\_ comune di residenza \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
prov. cap. prefisso n.telefonico

\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**Quadro B/1 - All'Ente Nazionale di Assistenza Magistrale direttamente alla Sede Centrale dell'E.N.A.M.**  
Il sottoscritto richiede l'ammissione presso la Casa di \_\_\_\_\_

PER IL PERIODO PRIMAVERILE

Oltre che per il sottoscritto anche per i seguenti familiari indicati nell'allegato A: (In tutto persone n. ....)

_____	_____	_____
cognome	nome	relazione
_____	_____	_____
cognome	nome	relazione
_____	_____	_____
cognome	nome	relazione
_____	_____	_____
cognome	nome	relazione
_____	_____	_____
cognome	nome	relazione

-dichiara di accettare l'ammissione all'ultimo momento  SI  NO

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' - D.P.R. n. 445/2000 (ART. 46)**

( 1 )

a)  di essere in ruolo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ ,n. partita (♦) \_\_\_\_\_, attualmente in servizio presso il  
gg mm anno  
Circolo Didattico/Istituto comprensivo n. \_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_

di essere in pensione dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/, immesso in ruolo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/, n. iscrizione (♦) \_\_\_\_\_  
gg mm anno gg mm anno  
sua sede INPDAP (♦♦) \_\_\_\_\_ con qualifica di \_\_\_\_\_

che l'iscritto è deceduto il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/, immesso in ruolo dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ con qualifica di \_\_\_\_\_  
gg mm anno gg mm anno

b) che il coniuge dell'iscritto: \_\_\_\_\_  
cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/  
comune di nascita prov. Stato estero gg mm anno

Svolge o svolgeva attività di (2)  1  2  3  4

**Quadro B/2**  
Si allega la seguente documentazione (3) \_\_\_\_\_

data (4) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ in qualità di (5)  1  2  3  4

NOTE

(♦) Il numero di partita, per gli iscritti in servizio, è indicato sul cedolino dello stipendio; quello di iscrizione, per i pensionati è indicato sul prospetto analitico del trattamento pensionistico.

(♦♦) La propria sede INPDAP è quella che corrisponde al suddetto trattamento pensionistico.

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE**  
(ART. 46 D.P.R. N. 445/2000)

... l. sottoscritt..... nat... il .....a  
.....prov.....

**consapevole delle sanzioni civili e penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dagli artt. 75 e76 del D.P.R. 445/2000**

**DICHIARA**

a) che la sua famiglia è così composta, *(elencare i componenti il nucleo familiare iniziando dall'iscritto, se vivente)*.

<b>1.</b>	Cognome e nome (dell'iscritto)	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	
<b>2.</b>	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
<b>3.</b>	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
<b>4.</b>	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
<b>5.</b>	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
<b>6.</b>	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela
<b>7.</b>	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita
	Codice fiscale	Attività svolta	Grado di parentela

***Il coniuge non legalmente separato, anche se non incluso nello stato di famiglia, va comunque elencato.***

b) che dei componenti il suo nucleo familiare, come sopra descritto, sono fiscalmente a carico i soggetti indicati al n. .... dell'elenco *(per familiare a carico si intende la persona per la quale spetta la detrazione di imposta)*;

Il sottoscritto acconsente al trattamento, nel rispetto del Codice della Privacy, dei suoi dati personali, compresi i sensibili, e di quelli dei suoi familiari contenuti nella presente domanda e nella documentazione ad essa allegata.

**..l. sottoscritt.. dichiara inoltre di essere consapevole che:**

- l'ENAM, a norma dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 effettuerà dei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.

**Data .....** **Firma .....**

**Note:**

- Barrare le caselle che interessano
- **Sono considerati fiscalmente a carico i familiari che non hanno posseduto redditi superiori al limite massimo, ai fini IRPEF, come previsto dalle norme relative all'ultima dichiarazione dei redditi .**
- Gli orfani, ai fini delle prestazioni ENAM, sono considerati a carico anche se titolari di quota parte della pensione di reversibilità che supera il suddetto limite.

c) quanto segue ai fini della individuazione della fascia di appartenenza.

ENTITÀ DEL REDDITO DEL NUCLEO FAMILIARE (*)	PUNTI	
	(**)	(***)
Reddito familiare fino a € 25.000	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Reddito familiare da oltre €25.000 e fino a € 50.000	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Reddito familiare da oltre €50.000 e fino a € 75.000	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Reddito familiare da oltre €75.000 e fino a € 100.000	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Reddito familiare da oltre € 100.000 (1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>NUMERO DELLE PERSONE FISCALMENTE A CARICO</b>		
3 e oltre	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<b>CONDIZIONE ABITATIVA E PROPRIETÀ DEL NUCLEO FAMILIARE</b>		
In affitto, senza casa di proprietà	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Unica casa di proprietà o in uso gratuito	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Proprietà di terreni e/o fabbricati, oltre la casa di abitazione, con un reddito IRPEF da €200 a €1.000	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Proprietà di terreni e/o fabbricati, oltre la casa di abitazione, con un reddito IRPEF di oltre €1.000	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
<b>CONDIZIONI SOGGETTIVE</b>		
Presenza nello stesso nucleo familiare di più iscritti (2) o di un solo genitore con figli fiscalmente a carico	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1
Iscritti con handicap grave o invalidità permanente superiore al 66% (3)	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1
Presenza nel nucleo familiare di altri soggetti con handicap grave o invalidità permanente superiore al 66 % (3)	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1
Accollo mutuo per acquisto o ristrutturazione unica casa di proprietà acceso con l'INPDAP o con l'Istituto di Credito appresso indicato ..... in scadenza al .....	<input type="checkbox"/> -1	<input type="checkbox"/> -1
TOTALE PUNTI		
FASCIA		

EVENTUALE HANDICAP MOTORIO(\*\*\*\*)

Allegato A/2

FASCE DI GRADUAZIONE DEGLI INTERVENTI			
1 <sup>a</sup> fascia da 1 a 4 punti	2 <sup>a</sup> fascia da 5 a 6 punti	3 <sup>a</sup> fascia da 7 a 8 punti	4 <sup>a</sup> fascia (1) da 9 punti in poi
(1) La 4 <sup>a</sup> fascia è attribuita anche a coloro che, indipendentemente dal numero delle persone fiscalmente a carico, dalla condizione abitativa e proprietà del nucleo familiare, dalle condizioni soggettive, di cui sopra, hanno un reddito familiare superiore ad euro 100.000,			

.. I. sottoscritt.. dichiara inoltre di essere consapevole che:

l'ENAM, a norma dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 effettuerà dei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese.

Data ..... Firma.....

**Note:**

(\*) L'ammontare del reddito familiare complessivo è determinato dalla somma dei redditi imponibili, desumibili dall'ultima dichiarazione dei redditi, di tutti i componenti il nucleo familiare elencati alla precedente pag. 2), compresi i coniugi in regime di separazione dei beni. Per i componenti il nucleo familiare non a carico e non obbligati alla presentazione della dichiarazione dei redditi, va computato l'importo del reddito effettivo ascrivibile a ciascun componente

(\*\*) Caselle da barrare a cura del richiedente, in relazione alla propria condizione. Il minor punteggio conseguito indica la condizione di maggior bisogno.

(\*\*\*) Parte riservata all'ENAM

(\*\*\*\*) Al fine di una migliore sistemazione alberghiera

(2) Allegare cedolino stipendio degli iscritti ENAM

(3) Allegare certificazione rilasciata dalla competente Commissione Medica.

## NORME GENERALI

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte ed inviato direttamente alla Sede Centrale dell'E.N.A.M. – V.le Trastevere, 231 – 00153 Roma. Ad esso deve essere allegata la documentazione prevista dal bando di concorso E.N.A.M. per l'ammissione degli iscritti e dei loro familiari alle Case di Soggiorno e l'elenco della documentazione sotto riportata.

**LE DOMANDE CHE DOVESSERO PERVENIRE NON CORRETTAMENTE COMPILATE O CARENTI DI DOCUMENTAZIONE SARANNO ARCHIVIALE SENZA RISPOSTA.**

**PRESENTAZIONE DOMANDE DIRETTAMENTE ALLA SEDE CENTRALE ENTRO IL 21 GENNAIO 2008.**

Il suddetto termine per la presentazione delle domande è perentorio per cui non saranno accettate domande oltre tale termine .

### GUIDA PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA ATTENERSI RIGOROSAMENTE AL BANDO

La domanda deve essere compilata **scrivendo in stampatello o a macchina**, nella maniera più chiara possibile e **firmata ovunque richiesto**.  
**La compilazione deve essere effettuata rispettando le norme del bando e le indicazioni seguenti.**

**QUADRO A/1** deve essere sempre compilato e deve contenere i dati dell'iscritto all'E.N.A.M., anche se in quiescenza, o del richiedente (se diverso dall'iscritto).

**QUADRO B/1** **Dati relativi alla domanda di presentazione:**

(1)

Indicare la data di immissione nei ruoli magistrali per l'iscritto in servizio, la data di immissione nei ruoli magistrali e la data di collocamento a riposo per l'iscritto in quiescenza, la data di decesso per l'iscritto deceduto. Indicare la propria sede INPDAP.  
Si richiede la qualifica ricoperta attualmente o al momento dell'entrata in quiescenza o all'atto del decesso.

(2) **Scegliere la casella da barrare in base alla seguente tabella:**

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Insegnante di ruolo di Scuola Elementare Statale |
| <input type="checkbox"/> 2 | Insegnante di ruolo di Scuola Materna Statale    |
| <input type="checkbox"/> 3 | Direttore Didattico                              |
| <input type="checkbox"/> 4 | Altre Attivita'                                  |

#### ELENCO DOCUMENTAZIONE

- 1) Per vedovi e vedove di iscritti dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 da cui risulti che non è risposato, che gode di pensione di reversibilità e che è sprovvisto di reddito di lavoro;
- 2) dichiarazione della ASL da cui risulti, ove esista, all'interno del nucleo familiare la condizione di handicap ed, eventualmente, la situazione di gravità accertata o di invalidità superiore al 66% ;
- 3) fotocopia del cedolino dello stipendio da cui risulti la ritenuta ENAM ( anche per il coniuge iscritto );
- 4) fotocopia del decreto di pensione da cui risulti che la S.V. era insegnante elementare;
- 5) fotocopia valida della carte di identità
- 6) fotocopia del documento rilasciato dalla ASL attestante l'inabilita' permanente al lavoro per sorelle o fratelli ;
- 7) fotocopia del codice fiscale del richiedente .

**QUADRO B/2** **Documentazione e firma:**

- (3) Riportare nelle caselle i numeri corrispondenti ai documenti allegati alla domanda facendo riferimento alla tabella di cui sopra;
- (4) Firma e data; la firma deve essere sempre quella dell'iscritto, se vivente, e la data quella della compilazione;
- (5) **Scegliere la casella da barrare in base alla seguente tabella;**

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 1 | Insegnante di ruolo di Scuola Elementare Statale |
| <input type="checkbox"/> 2 | Insegnante di ruolo di Scuola Materna Statale    |
| <input type="checkbox"/> 3 | Direttore Didattico                              |
| <input type="checkbox"/> 4 | Altre Attivita'                                  |